THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 25 *novembre* 1847,

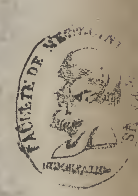
Par HUBERT-AUGUSTE-VICTOR BAUCHET,

né à Cosnes (Moselle).

DE

LA FISTULE LACRYMALE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1847

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY, Examinateur.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN, Président.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. CLOQUET. VELPEAU. ....
Clinique d'accouchements	DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU, Examinateur.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES, Examinateur.
CAZEAUX.
DUMÉRIL fils.
DEPAUL.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.
GRISOLLE.
MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.
WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Hommage d'un fils dévoué.

A MA SOEUR.

Amitié inaltérable.

A MON ONCLE,

MON SECOND PÈRE.

H.-A.-V. BAUCHET.

DE

LA FISTULE LACRYMALE.

Le siphon lacrymal se compose des points lacrymaux, des conduits lacrymaux, du sac lacrymal et du canal nasal.

Les points lacrymaux sont constitués par deux petites ouvertures percées au sommet de deux mamelons qu'on remarque au grand angle des paupières, l'une au bord de la paupière supérieure, l'autre au bord de l'inférieure. Tous les deux regardent en arrière quand les paupières sont fermées. La grandeur des points lacrymaux est variable : chez les hommes des pays chauds, ils peuvent recevoir un stylet assez gros, tandis que, chez ceux des pays froids, ils n'admettent que des instruments d'un bien moindre calibre; celui de la paupière inférieure est un peu plus considérable que celui de la paupière supérieure. Ces deux ouvertures sont l'origine de deux canaux qui, après avoir sillonné le rebord interne de chaque paupière, se réunissent ordinairement pour constituer, dans l'étendue d'une ligne environ, un canal commun qui va se jeter dans le sac lacrymal, au niveau de sa partie antérieure, précisément derrière le tendon de l'orbiculaire. Ces deux canaux ont reçu le nom de *conduits lacrymaux;* ils sont tapissés par un prolongement de la conjonctive qui établit une communication entre cette membrane et celle des fosses nasales. En dehors, ils sont formés par un tissu cellulaire serré. Horner a décrit un muscle qui leur serait propre et auquel il donnait les fonctions de les tirer en dedans.

Le sac lacrymal est un réservoir allongé couché dans une petite fossette formée par l'os unguis et l'apophyse nasale de l'os maxillaire supérieur; en haut, il se termine en cul-de-sac; en bas, il se rétrécit

pour se continuer avec le canal nasal. Le sac lacrymal est formé par deux membranes : l'une, extérieure, de nature fibreuse, adhère, par sa circonférence, à tout le contour de la gouttière lacrymale; l'autre, interne, rouge, vasculaire, villeuse, se continue avec celle des conduits lacrymaux et du canal nasal. Le muscle de Horner, dont nous avons parlé tout à l'heure, s'insère sur la tunique fibreuse, au niveau de l'embouchure des conduits lacrymaux. Duverney signale quelques fibres musculaires auxquelles il donne le nom de *muscle dilatateur inférieur du sac.* Un troisième dilatateur s'insérerait à la partie supérieure. Ces trois petits muscles ne paraissent être qu'une dépendance de l'orbiculaire des paupières. Le grand diamètre du sac lacrymal est de 6 lignes environ; il est croisé par le tendon de l'orbiculaire, un peu au-dessus de sa partie moyenne, de sorte qu'un tiers du sac se trouve au-dessus du tendon et deux tiers au-dessous.

Le canal nasal commence au niveau du rétrécissement qu'éprouve le sac lacrymal, et se termine, en bas, dans le méat inférieur des fosses nasales, par une ouverture taillée en biseau de dehors en dedans et de bas en haut. C'est un conduit membraneux constitué par un prolongement de la pituitaire et logé dans un canal osseux creusé dans les os de la face, et formé dans sa demi-circonférence antérieure par l'apophyse montante de l'os maxillaire, en dedans par l'os unguis et le petit crochet du cornet inférieur, en dehors par la paroi interne du sinus maxillaire. Sa direction est oblique de haut en bas. d'avant en arrière, et de dedans en dehors; sa longueur varie de 3 à 5 lignes; et si, dans quelques cas, il dépasse un peu cette dimension, ce n'est pas une raison pour donner aux canules une étendue qui va quelquefois à 14 lignes. Cependant Lassus et M. Bourjot-Saint-Hilaire sont tombés dans une exagération opposée quand ils emploient des canules de 3 à 5 lignes et demie. Les canules de 7 à 8 lignes ne seront jamais assez longues pour aller blesser le plancher des fosses nasales, et jamais assez courtes pour ne pas dépasser le bourrelet muqueux, en forme de valvule, qui termine inférieurement le canal nasal. Le calibre du canal nasal n'est pas parfaitement rond,

son diamètre antéro-postérieur a environ une demi-ligne de plus que le diamètre transverse, qui varie entre 1 ligne et demie et 2 lignes et demie. Il est évasé à sa partie supérieure, rétréci à sa partie moyenne. Dans son trajet, il décrit une légère convexité antérieure et externe. Disons, en passant, que les recherches les plus minutieuses n'ont pu faire découvrir le sphincter signalé par Janin.

On désigne sous le nom de *tumeur lacrymale* toute tumeur molle, circonscrite, d'un volume variable, située au grand angle de l'œil et formée par l'accumulation des larmes dans le sac lacrymal. D'abord molle, indolente et sans changement de couleur à la peau, elle acquiert graduellement de la rénitence, de la dureté; un sentiment de gêne, de distension et de douleur s'y fait sentir; les téguments qui la recouvrent peuvent s'irriter, s'enflammer, s'ulcérer, se perforer, d'où une ouverture qui livre continuellement passage au liquide contenu dans le sac; ce second état constitue la fistule lacrymale. La tumeur et la fistule lacrymales sont deux degrés de la même maladie, ou plutôt d'un symptôme commun à plusieurs maladies.

Les anciens, complétement ignorants des causes qui pouvaient déranger les fonctions du siphon lacrymal, fonctions que, du reste, l'anatomie ne leur avait pas encore révélées, ne voyaient dans la tumeur et la fistule lacrymales qu'un abcès et un ulcère consécutifs produits et entretenus par la carie de l'os unguis, par des végétations, des callosités, etc.

La tumeur lacrymale reçoit aujourd'hui différentes dénominations suivant quelques états qui lui sont particuliers, et qu'il est utile de ne pas confondre dans la pratique. La distension du sac par des larmes pures ou bien mêlées à des mucosités, à du pus, coïncidant avec la liberté des conduits lacrymaux, et l'engouement, le rétrécissement du canal nasal, constitue la tumeur lacrymale proprement dite. L'infiltration d'une certaine quantité des humeurs contenues dans le sac au milieu du tissu cellulaire sous-cutané par une fissure de la tunique fibreuse, la peau étant intacte et sans ouverture, caractérise la fistule lacrymale borgne interne. La tumeur lacrymale que Weller appelle

hydropisie du sac est formée par un kyste complet; les matières qu'elle renferme ne sortent par la pression, ni par les points lacrymaux, ni par le canal nasal. D'après M. Velpeau, cette variété est assez fréquente.

La fistule lacrymale est simple ou compliquée: simple, lorsque les ouvertures du sac et de la peau sont parallèles, lorsqu'il n'y a ni carie ni nécrose, lorsque le sac ne renferme ni concrétions, ni végétations, ni polypes, etc.; compliquée, lorsque l'ouverture de la peau est plus ou moins éloignée de celle du sac, lorsqu'il en existe plusieurs, lorsqu'il y a altération osseuse, exostose, périostose, carie ou nécrose, complication de vice scrofuleux, vénérien, etc. etc.

Il faut descendre jusqu'au 18e siècle pour rencontrer des notions exactes et détaillées sur la maladie qui nous occupe. En effet, que nous ont laissé tous les auteurs qui, avant cette époque, se sont occupés des affections des voies lacrymales : une immense liste de recettes, d'onguents, d'opérations chirurgicales, qui se résumaient à enlever les chairs calleuses, les os cariés, avec l'instrument tranchant, le cautère actuel et autres moyens analogues. On peut inscrire les sages praticiens qui s'éloignaient quelquefois de la voie généralement suivie, pour employer un ordre de moyens un peu plus doux. C'est ainsi que Rhazès, Fabrice de Hilden, Manget, etc., se louent de frictions sur la tumeur, de pansements simples, de sétons, de fumigations. D'après Sprengel, les Arabes auraient été bien plus loin; ils se seraient déjà servis d'injections et même de l'introduction d'un fil dans les voies lacrymales.

De Paul d'Egine jusqu'aux premières années du 18e siècle, ce point important de chirurgie ne fit aucun progrès, malgré les travaux des auteurs les plus célèbres, tels que Guy de Chauliac, Jean de Vigo, A. Paré, Fabrice de Hilden, Fabrice d'Aquapendente, Dionis; cependant, dès le 16e siècle, Vésale et Fallope développaient avec une grande précision l'anatomie et la disposition des voies lacrymales, et bien plus ils avaient découvert la nature de l'engorgement du sac lacrymal.

Ce n'est qu'au commencement du 18e siècle, en 1707, que Maître-Jean, et presque en même temps Anel, posèrent les règles de deux espèces de traitement en rapport avec l'anatomie et l'état pathologique des voies lacrymales.

Ces deux grands praticiens fondèrent ainsi deux écoles. Celle de Maître-Jean trouva des prosélytes en Allemagne; elle s'occupa surtout des phénomènes et de la nature inflammatoire de la tumeur et du meilleur traitement médical qui lui convient. Celle d'Anel se répandit en France et en Angleterre; elle voit un obstacle mécanique à la progression des larmes, d'où tous les moyens qu'elle emploie successivement contre les rétrécissements du canal. Tout le monde sait combien le rang illustre de la personne que guérit Anel donna de la vogue à sa méthode de sonder, d'injecter les voies lacrymales, qu'il publia en 1713.

Les idées théoriques de notre époque ne sont pas aussi exclusives. Chacun reconnaît qu'il y a du vrai et du bon dans les diverses manières de voir, qu'il y a plusieurs variétés de tumeurs lacrymales exigeant chacune un traitement approprié; mais dès qu'il s'agit d'en venir à l'application, un assez grand nombre de praticiens, peu conséquents avec eux-mêmes, cherchent la guérison de presque toutes dans une seule et même médication. L'un ne voit plus qu'une inflammation à combattre au moyen des déplétions sanguines; l'autre qu'un canal obstrué qu'il s'agit de rendre perméable par une canule.

Il est rare de trouver la tumeur lacrymale simple dans sa nature et indépendante de toute autre lésion; le plus souvent elle est une conséquence d'un vice organique bien autrement grave. On comprend donc de suite combien il est essentiel pour le traitement de rechercher, dans un grand nombre de cas, l'origine de la maladie autre part que dans le lieu où elle vient pour ainsi dire se traduire.

Les enfants, les individus d'un tempérament lymphatique, y sont particulièrement prédisposés, en raison de leur disposition à l'engorgement des muqueuses oculaire et nasale. Les femmes y paraissent

plus sujettes que les hommes. Mais ce sont surtout les affections scrofuleuses, syphilitiques, arthritiques, catarrhales, scorbutiques, qui dominent son étiologie. Les maladies chroniques de l'appareil de la vision, les conjonctivites, les blépharites, sont encore des causes aussi puissantes que fréquentes; c'est à la blépharite glanduleuse que Scarpa rattachait presque toujours la tumeur lacrymale; d'après cet auteur, les matières puriformes sécrétées par les paupières épaississent les fluides qui parcourent le canal nasal, gênent leur progression, finissent par déterminer une obstruction, développent enfin dans les voies lacrymales une inflammation analogue à celle des paupières. Cette théorie peut être exacte dans quelques cas, mais vouloir l'appliquer à tous c'est tomber dans l'exagération. Pour Scarpa, l'inflammation est toujours consécutive à l'obstruction. Mais si c'était réellement à des matières épaisses et visqueuses sécrétées par la conjonctive oculaire, allant obstruer le canal nasal, qu'il faille attribuer la fistule lacrymale, il s'ensuivrait nécessairement qu'elle devrait se produire toutes les fois que par une maladie quelconque des paupières la sécrétion de leurs follicules devient plus abondante; ce qui n'a lieu ni dans les ophthalmies purulentes, gonorrhéiques, ni dans d'autres affections semblables. Cette question est d'autant plus importante, qu'une fois reconnue fausse, elle nous met sur la voie pour faire prendre une tout autre direction au traitement, qui, comme nous l'avons déjà dit, consistait autrefois uniquement dans des moyens mécaniques de désobstruction. Les inflammations chroniques des fosses nasales, les affections croûteuses, exanthémateuses du nez, des lèvres, si fréquentes chez les jeunes filles pâles, lymphatiques, scrofuleuses, s'accompagnent très-souvent de tumeur lacrymale par suite de l'extension de l'irritation jusqu'au canal nasal.

La cause qui agit le plus puissamment dans la production de la tumeur lacrymale est certainement l'inflammation du sac lacrymal. La dacryocystite est aiguë ou chronique, primitive ou consécutive. Elle débute rarement à l'état aigu; le plus ordinairement elle se présente d'abord sous la forme chronique; ce n'est que plus tard, et sous l'in-

fluence de causes diverses, qu'elle prend des caractères franchement inflammatoires, de sorte que nous voyons successivement les deux modes de l'inflammation procéder l'un de l'autre, combiner leur action et concourir soit à la production, soit à la terminaison de la tumeur lacrymale.

L'inflammation chronique s'observe ici, comme dans beaucoup d'organes, sous l'influence des scrofules, du tempérament lymphatique, de la syphilis; rarement, quand elle est idiopathique, elle reste bornée aux voies lacrymales, elle se propage au contraire avec la plus grande facilité à la muqueuse de l'œil et des fosses nasales. Cependant il est des cas où les paupières sont dans un état d'intégrité parfaite, et ne sécrètent pas un atome de mucosités de plus de ce qui est nécessaire à la lubréfaction des parties.

Les fièvres exanthématiques, la variole surtout, sont fréquemment suivies de dacryocystite chronique; mais alors, comme le fait remarquer M. Vésignié, ce n'est que consécutivement que le sac lacrymal est affecté, car les premiers troubles s'observent d'abord sur la conjonctive ou la pituitaire. Il en est de même dans les épidémies de grippe, d'angine. On conçoit que l'inflammation du sac soit le résultat de violences extérieures, de coups, de chutes sur la région nasale, sur le sac lui-même.

Sous l'influence de la phlogose catarrhale, les parties qui en sont le siége s'altèrent, et présentent des phénomènes semblables à ceux que nous observons dans les phlegmasies de tissus de même nature. Les cryptes muqueux fournissent d'abord une sécrétion plus abondante, plus visqueuse que dans l'état normal. Les liquides deviennent de plus en plus épais, et finissent par adhérer à la surface de la membrane muqueuse, qui elle-même s'épaissit, se boursoufle; le calibre du canal diminue ainsi graduellement, et nous arrivons à l'engouement des voies lacrymales, qui peut aller jusqu'à une oblitération complète. En effet, l'induration, l'épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux, arrivés à un certain degré, formeront un obstacle suf-

fisant pour empêcher le passage des matières épaisses contenues dans le sac, qui ne se videra plus par la pression.

L'adhérence des parois du canal est parfaitement prouvée aujourd'hui. L'opinion contraire, soutenue par Bichat, est détruite par des faits nombreux que citent Morgagni, Demours, Boyer, MM. Malgaigne et Velpeau, et qui ne peuvent plus laisser de doute à cet égard. Le tuyau membraneux a été trouvé à l'état de cordon ligamenteux. Weller, M. Vésignié, professent que cette transformation peut s'opérer à l'aide d'une sécrétion de lymphe plastique. Il est plus probable que des ulcérations se forment, et sont l'origine des adhérences. Ces ulcérations sont, à vrai dire, assez rares, plus rares qu'on ne le croyait anciennement; car Demours dit que sur cent malades on peut en trouver à peine un cas; mais les adhérences, les oblitérations complètes sont tout aussi peu fréquentes. On doit d'ailleurs tenir compte de cette loi en vertu de laquelle les conduits de l'économie se rétrécissent graduellement, lorsqu'ils ne sont plus parcourus par les liquides qu'ils sont destinés à transporter.

A quelle cause rapporter ces tumeurs, que les auteurs nous montrent existant sans inflammation et sans rétrécissement du canal nasal? Le sac est alors distendu par un liquide transparent composé presque uniquement de larmes; il se vide par la pression et se remplit d'une manière rapide. Il serait facile de se rendre compte de ce fait, si les observations anatomiques de Janin étaient vraies. Il croyait, comme nous l'avons déjà dit plus haut, à un sphincter du canal nasal siégeant le plus souvent à sa partie moyenne; rapprochant dès lors les phénomènes qui se passent dans la tumeur de ceux que présente la vessie lors des contractions spasmodiques du canal de l'urèthre, il professait que l'obstacle au cours des larmes était dû à des contractions analogues du sphincter du canal nasal; mais, d'une part, l'anatomie a démontré que le muscle de Janin était une pure fiction; d'autre part, en accordant qu'il existe, et que son action soit telle que ce chirurgien la suppose, la sonde, au moment où elle franchit le rétrécissement, devra nécessairement éprouver une résistance, se trouver

comme saisie et arrêtée par le spasme. Rien de semblable n'a été observé. Il serait peut-être plus juste d'admettre, dans des cas de ce genre, l'existence de valvules, de fongosités sur la muqueuse, incapables d'opposer une barrière au passage du cathéter qui les déchire et les comprime, mais susceptibles cependant d'interrompre le cours des larmes.

Jurine, Morgagni, Scarpa, Boyer, rapportent des cas d'absence complète du canal osseux. Dupuytren en cite plusieurs observations : chez une jeune fille atteinte d'une double fistule depuis la naissance, et qui présentait cette altération, il créa une voie artificielle et guérit sa malade. Il est d'observation que chez les enfants longtemps affectés d'une tumeur lacrymale, le canal osseux se rétrécit, ou plutôt ne se développe pas, et arrive à l'âge adulte avec les proportions de l'enfance.

Des tumeurs, des polypes existant dans les fosses nasales peuvent venir fermer l'orifice supérieur du canal nasal, s'introduire même dans son calibre. Les polypes provenant du sac ou du canal sont très-rares. Walther en cite quelques observations. Janin, M. Carron du Villards, observèrent chacun un cas semblable. On conçoit encore que le canal nasal puisse être obstrué par des projectiles lancés par la poudre à canon ou par tout autre moteur. Weller a trouvé, chez un individu atteint de tumeur lacrymale, un noyau de cerise oblitérant l'orifice inférieur du conduit; la guérison a suivi rapidement l'extraction du corps étranger.

On rencontre assez souvent, dans l'intérieur du sinus maxillaire, des affections polypeuses qui dévient, refoulent la cloison de l'os maxillaire qui concourt à la formation du canal, d'où le rétrécissement, l'oblitération de celui-ci. L'hydropisie de l'antre d'Hygmore peut déterminer une tumeur lacrymale par le même mécanisme.

Des concrétions pierreuses peuvent se former dans les différents points des voies lacrymales; Kersten décrit ces concrétions sous le nom de *rhinolitis;* leur structure est analogue à celle qu'offrent les dépôts calcaires des conduits de Stenon et de Warthon.

Outre la présence de corps étrangers dans les narines, et la pression causée par les polypes du nez, il existe une autre cause d'obstruction de nature formidable; je veux parler des rétrécissements dus à des exostoses, des périostoses du canal nasal. La syphilis est la maladie qui les produit le plus ordinairement. M. Travers a trouvé le canal nasal complétement oblitéré à son orifice supérieur par l'inflammation ossifique.

Anel, J.-L. Petit, citent quelques cas d'une espèce de tumeur lacrymale, à la formation de laquelle les larmes ne contribuent pas en raison de l'oblitération des conduits lacrymaux; elle est produite par l'accumulation de l'humeur qui suinte des parois du sac lacrymal et du canal nasal.

SYMPTOMES, MARCHE, TERMINAISON, PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC.

Ordinairement, la tumeur lacrymale se forme lentement. Elle débute par un léger gonflement qu'on remarque au grand angle de l'œil, au dedans et au-dessus du tendon du muscle orbiculaire des paupières. Un sentiment de gêne, de démangeaison, est accusé par le malade, souvent même ces phénomènes initiaux passent inaperçus pour lui. Bientôt cependant l'œil devient plus humide, la tumeur se circonscrit, elle est oblongue, molle, indolente, sans changement de couleur à la peau; le larmoiement s'établit et augmente tous les jours; il est produit à cette époque par la difficulté que les larmes trouvent à passer dans le sac, dont la dilatation se fait toujours avec une certaine résistance.

Lorsque l'on presse sur la tumeur, elle se vide ordinairement par les points lacrymaux, moins souvent par l'origine inférieure du canal nasal. Enfin, dans quelques cas plus rares, le liquide s'écoule spontanément par ce dernier conduit. Le sac vidé, l'épiphora cesse; les points lacrymaux peuvent de nouveau remplir leur fonction jusqu'à ce que le sac soit encore distendu.

On croyait anciennement que la tumeur se remplissait plus vite la

nuit que le jour, et que par conséquent elle était plus grosse le matin qu'à toute autre époque de la journée. Beaucoup de chirurgiens conservent encore aujourd'hui cette manière de voir; mais Saint-Ives a vu que chez la plupart des malades affectés d'hydropisie du sac lacrymal, le matin, le sac est vide, tandis que quelques heures après le lever, on le trouve rempli. Janin a fait la même remarque; Demours et M. Vésignié ont aussi vérifié le fait. Il faudrait cependant excepter les cas où elle est très-volumineuse et la matière très-épaisse. L'opinion des anciens, qui ne prévaut plus aujourd'hui, était surtout fondée sur l'absorption des larmes par l'atmosphère pendant la journée. On voit qu'ils ne songeaient pas au peu de sécrétion des liquides de l'œil pendant la nuit, époque où ils sont amplement suppléés par l'abaissement des paupières durant le sommeil.

En même temps que ces phénomènes existent, la narine du côté correspondant à la maladie est sèche; cependant ce caractère n'est pas constant, soit que la narine conserve son humidité naturelle, soit que les malades ne s'en aperçoivent pas.

Le liquide qu'on fait refluer par les points lacrymaux au moyen de la pression change peu à peu d'aspect et de nature. D'abord composé uniquement de larmes, il ne tarde pas à devenir épais, visqueux. Il sort alors sous forme de stries blanchâtres, opaques, et présente peu à peu l'aspect du pus véritable mélangé à une quantité plus ou moins considérable de mucus.

Le volume de la tumeur subit une influence très-remarquable de la température, des saisons, du repos, etc. Ainsi, chez les individus atteints d'écoulement chronique des voies lacrymales, les sécrétions se font en très-grande abondance aux époques où l'atmosphère est froide et humide, et le sac acquiert une dimension qui ne lui est pas habituelle. Le contraire s'observe dans les saisons chaudes; l'écoulement semble alors disparaître, et la tumeur s'affaisse jusqu'à ce que le retour des modificateurs qui excitent la sécrétion vienne la reproduire.

La tumeur lacrymale peut rester indolente pendant un temps plus

ou moins long, le plus souvent subordonné à la nature des causes qui l'ont produite; la forme catarrhale qui se présente surtout chez les enfants, les scrofuleux, peut être très-rebelle et de très-longue durée ; avec beaucoup de soins de propreté, avec l'attention de vider souvent la tumeur, de se soustraire au froid et à l'humidité, on peut la prolonger toute sa vie, sans que la période d'ulcération vienne en faire une infirmité si gênante. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; quelques mois suffisent, dans certains cas, à son évolution complète.

Alors l'inflammation s'empare du sac, la tumeur devient sensible, plus dure; la douleur, d'abord gravative, ne tarde pas à devenir lancinante; la rougeur est vive, les parties sont tendues, les larmes coulent sur la joue en plus grande abondance, à cause de l'extrême plénitude du sac, et par le défaut complet d'action des conduits lacrymaux, qui sont tuméfiés et froncés par l'extension de l'inflammation. Les téguments de l'angle de l'œil présentent souvent une apparence érysipélateuse étendue aux paupières et à la joue; la caroncule lacrymale, les replis semi-lunaires, la conjonctive, les bords des paupières, sont rouges et tuméfiés. Du frisson, de la fièvre, une céphalalgie intense, un malaise général très-grand, sont les phénomènes de réaction les plus constants; les constitutions faibles, irritables, les présentent parfois à un degré inquiétant. Arrivée à ce point, la dacryocystite peut encore rétrograder ou être arrêtée par un traitement énergique. Alors tout rentre dans l'ordre, et le malade ne voit rien de changé à son état antérieur, jusqu'à ce qu'une ou plusieurs de ces crises inflammatoires finissent par déterminer l'ulcération du sac. Si la maladie ne marche pas vers la résolution, les phénomènes de la seconde période ne tardent pas à paraître. Ainsi la tumeur augmente de plus en plus, la fluctuation est plus grande, la rougeur diminue pour prendre une teinte foncée, bleuâtre; la peau est tendue, luisante; enfin apparaît sur le centre de la tumeur un point d'un blanc jaunâtre, d'une grande mollesse; il indique que l'ulcération a déjà gagné la peau. Si l'abcès qui vient de se former est abandonné à lui-même, on voit alors le pus se faire jour à travers le muscle orbiculaire des pau-

pières et les téguments au moyen d'une petite ouverture seulement susceptible de fournir passage à une petite quantité de matières contenues dans le sac, en sorte que la partie solide du pus y stagnera toujours, et conséquemment, quoique la tumeur diminue de volume après l'ulcération de la peau, elle ne se vide pas entièrement. Quant au siége de cette ouverture fistuleuse extérieure, elle est plus ou moins en rapport avec celle du sac, elle peut être aussi multiple, quoiqu'il n'y ait ordinairement qu'une seule communication avec les voies lacrymales.

Quoique le plus généralement la tumeur lacrymale se vide sur les téguments, il arrive cependant que, dans quelques circonstances, elle se vide sur une membrane muqueuse; lorsque, par exemple, une carie de l'os unguis permet aux liquides de passer par cette voie dans les fosses nasales; on aura alors une espèce de fistule interne qui offrira toutes les chances favorables à une guérison spontanée, même dans le cas où il existerait en même temps une autre ouverture à la peau. Ce genre de terminaison a inspiré plusieurs procédés opératoires pour la cure de la maladie. Une circonstance qui rend l'épiphora incurable, c'est l'oblitération des conduits lacrymaux; quelquefois cependant cette terminaison a dû être considérée comme heureuse, puisqu'on a vu le larmoiement diminuer graduellement, puis finir par disparaître complétement.

La tumeur lacrymale peut donner lieu à des céphalalgies intenses qui tourmentent beaucoup les malades, à des érysipèles de la face et du cuir chevelu, par l'extension de l'inflammation du grand angle de l'œil à ces parties; mais ce sont là des exceptions fort heureusement très rares. Il est plus fréquent de voir des ophthalmies entretenues par la tumeur, qui, dans certains cas aussi, rend l'œil plus impressionnable. Lorsque la fistule est établie, l'écoulement continuel des larmes sur les joues y entretient un état continuel d'irritation qui donne lieu à des excoriations se recouvrant de croûtes. Des démangeaisons tourmentent les malades, les font se gratter souvent, et augmenter ainsi l'irritation et les excoriations; si l'ouverture est an-

cienne, les bords peuvent en être durs et calleux ; les parties environnantes sont aussi plus ou moins engorgées, rouges et indurées.

La fistule lacrymale n'est pas une maladie grave ; elle ne se terminerait d'une manière fatale que dans des cas de complications qui s'étendraient jusqu'au cerveau, ce qui pourrait arriver s'il y avait carie de l'unguis, du nez, inflammation des sinus frontaux et des parties molles environnantes. Relativement aux atteintes qu'elle peut porter à la vie, c'est donc une affection bénigne qui constitue une infirmité désagréable et grave, en ce qu'elle est si souvent irrémédiable.

On reconnaît la fistule aux symptômes qui l'ont précédée et aux liquides qu'elle laisse échapper. On peut, d'ailleurs, en sondant l'ouverture, pénétrer dans le sac et le canal des larmes ; on peut, comme le conseille M. Marjolin, injecter par les points lacrymaux un liquide qu'on verrait insensiblement sortir par la joue. En versant des liquides colorés entre les paupières, on obtiendrait le même résultat.

Une affection qu'il serait peut-être possible de confondre quelquefois avec la dacryocystite est l'anchilops ou l'abcès développé dans le tissu cellulaire et la peau recouvrant le sac ; l'ouverture de cet abcès et son ulcération pourraient aussi induire en erreur un praticien inattentif et lui faire supposer une fistule lacrymale là où la peau est seule malade. Dans cette circonstance, les fonctions lacrymales ne sont pas altérées. La tumeur se présente généralement sous la forme d'une petite élévation d'un rouge vif, bien circonscrite, dure, douloureuse, située à la partie antérieure du sac lacrymal, et dont le développement s'est fait d'une manière rapide. L'anchilops et l'ægilops ne sont accompagnés ni d'épiphora, ni de sécheresse dans la narine. Beer donne comme signe différentiel de l'ægilops avec la fistule lacrymale la sortie du liquide mêlé de larmes par la pression du sac. Les moyens que nous avons donnés plus haut pour reconnaître la fistule lacrymale lèveraient tous les doutes.

Des taches livides, pâteuses, circonscrites, des excroissances fongueuses, un pus sanieux, fétide, mêlé de granulations noirâtres, feront supposer l'existence d'une carie venant compliquer la fistule la-

crymale ; la sonde viendrait alors nous faire sentir une portion de l'os dénudée et rugueuse.

TRAITEMENT.

Il me serait impossible, en restant dans les limites de ce travail, d'exposer avec quelque détail la quantité innombrable de méthodes, de procédés, d'instruments de tout genre qu'on a proposés pour la guérison de la fistule lacrymale. Pour mettre un peu d'ordre dans l'examen de tous ces moyens thérapeutiques, j'en ferai plusieurs groupes. Je commencerai d'abord par les agents médicaux, qui s'adressent à la tumeur plus particulièrement qu'à la fistule ; viendront ensuite, successivement, les méthodes dans lesquelles on se propose le *rétablissement des voies naturelles*, l'*établissement d'une voie nouvelle*, et enfin l'*oblitération des voies naturelles*.

La première chose à faire est de rechercher les causes probables de la fistule lacrymale : sans cette connaissance, on risquera, à chaque instant, de lui appliquer un traitement complétement opposé à sa nature. C'est contre la syphilis, le scorbut, les scrofules, qu'il faudra agir, si l'on reconnaît que l'altération des voies lacrymales est liée à l'une ou l'autre de ces affections, et l'on verra se modifier successivement les accidents locaux, si l'on parvient à modifier l'état général. Il est inutile de dire que l'on combattra la maladie locale par des moyens appropriés, que nous indiquerons plus loin.

La dacryocystite aiguë, soit primitive, soit consécutive, sera attaquée vigoureusement au moyen des saignées locales. Les sangsues seront appliquées de préférence au grand angle de l'œil ou dans la narine. On en fera une application de 6 à 8 tous les cinq ou six jours. Leur action est plus rapide quand on les place tout près du siége de l'inflammation que lorsqu'on les dirige sur la nuque ou les tempes ; on est alors obligé d'employer une déplétion sanguine plus considérable pour obtenir les mêmes effets ; et on risque ainsi d'affaiblir ra-

pidement un sujet dont la constitution est déjà plus ou moins altérée. Si la réaction était vive, si le sujet est fort, pléthorique, nous ferions comme Mackenzie, et nous aurions recours à la saignée générale. Des topiques froids chargés de liquides résolutifs pourront être appliqués sur la tumeur. J'ai vu à la clinique du Val-de Grâce un cas de dacryocystite aiguë guérie en quelques jours, au moyen de l'application continuelle de quelques petits morceaux de glace sur la région du sac. Les révulsifs sur le canal intestinal, ceux qu'on applique sur les extrémités inférieures, les pédiluves irritants, devront ne pas être négligés. On a retiré de bons effets de l'onguent napolitain en frictions répétées deux ou trois fois par jour sur la tumeur. Ces moyens thérapeutiques seront supprimés si l'on reconnaît que la suppuration est inévitable, si la fluctuation est manifeste; l'indication est alors d'ouvrir la tumeur, de maintenir la plaie béante au moyen d'une petite mèche de charpie placée entre ses lèvres, et l'on revient aux topiques émollients, afin de favoriser le dégorgement des parties et la chute de l'inflammation. Ce résultat une fois obtenu, ou bien la plaie se cicatrise, ou bien, s'il reste dans les voies lacrymales des lésions qui nécessitent un traitement spécial, on l'administre selon les indications.

Le traitement purement antiphlogistique de la tumeur lacrymale, celui qu'employaient Beer, Mackenzie, Lawrence, Demours, et que MM. Gama, Guillaume, Pâris, remirent véritablement en honneur en France, est loin d'être toujours suivi de succès et de ne pas présenter d'inconvénients. On ne pratique pas des saignées locales souvent répétées, sans que la constitution en souffre : aussi est-il toujours convenable de l'appliquer avec modération et dans les cas seulement où l'indication en est bien précise.

Les causes locales, de même que les maladies qui impriment leur cachet sur toute l'économie, devront être attaquées par un traitement spécial. Ainsi, nous avons vu que la tumeur lacrymale était, dans certaines circonstances, liée à des conjonctivites. Il sera donc nécessaire, dans ces cas, de chercher dans des collyres des moyens de guérison qui agiront en même temps sur la muqueuse lacrymo-nasale; on fera

instiller deux ou trois fois par jour, entre les paupières, des collyres astringents, composés avec le sulfate de zinc à la dose de 0,1 décigr. à 0,2 décigr. pour 30 grammes d'eau distillée, ou avec le nitrate d'argent à la dose de 0,05 centigr. à 0,10 centigr. pour 30 grammes d'eau distillée. Les onctions sur le bord libre des paupières, faites avec des pommades au calomel, du nitrate d'argent, ne doivent pas non plus être oubliées; on en déposera tous les soirs une petite quantité sur le bord ciliaire. Les purgatifs salins, répétés à des intervalles assez rapprochés, tous les douze ou quinze jours, produiront une révulsion assez favorable. On pourrait encore cautériser avec le nitrate d'argent, le bord ciliaire des paupières. Si la maladie résiste, on applique des vésicatoires à la nuque, à la tempe, puis un cautère ou un séton à cette première région.

Chez les enfants, la tumeur lacrymale existe fréquemment avec un eczéma de la lèvre supérieure et un état croûteux de l'ouverture du nez : l'indication est alors de faire tomber les croûtes au moyen de topiques émollients, et d'employer ensuite des pommades au précipité blanc à la dose de 4 grammes pour 30 grammes d'axonge, au nitrate d'argent à la dose de 0,40 centigrammes pour 30 grammes de graisse.

Lorsqu'un coryza chronique existera, et même sans cette complication, on trouvera dans les fumigations un médicament dont la valeur a été constatée depuis longtemps. Un entonnoir sert à les diriger vers le nez du vase dans lequel on les prépare avec des plantes émollientes d'abord, la guimauve, le chiendent, puis astringentes, le romarin, les feuilles de noyer surtout. La décoction de ces dernières, reniflée plusieurs fois par jour, modifie avantageusement la muqueuse sur laquelle on peut encore porter de la pommade au nitrate d'argent.

RÉTABLISSEMENT DES VOIES NATURELLES.

A cette première méthode se rapportent le *cathétérisme* et les *injections*, la *dilatation du canal nasal*, le placement de *canules laissées à demeure* dans sa cavité, et la *cautérisation* de ses parois.

Cathétérisme et injections.

Le cathétérisme et les injections ont été préconisés et érigés en méthode par Anel, qui leur a laissé son nom, bien que Stenon, Valsalva, Stall, eussent déjà tenté de traverser le trajet des larmes au moyen de stylets déliés.

Pour pratiquer le cathétérisme, le chirurgien se place derrière le malade, relève la paupière supérieure, la renverse légèrement en dehors et en haut, et découvre l'orifice du conduit lacrymal. Tenu de la main droite ou de la main gauche, suivant qu'on opère sur l'œil gauche ou l'œil droit, le stylet d'Anel est présenté à cet orifice suivant une direction perpendiculaire à sa surface. Lorsque le bout du stylet a pénétré au delà du bourrelet fibreux qui entoure l'ouverture du conduit lacrymal, on incline en dehors son extrémité supérieure, et on fait glisser l'autre en bas et en dedans; dès qu'elle est parvenue au grand angle de l'œil, on relève peu à peu l'extrémité supérieure pour la ramener jusqu'à la base du sourcil, et par des pressions douces, par des mouvements de rotation, on fait pénétrer le stylet dans le sac lacrymal et dans le canal nasal. L'introduction du stylet est une opération difficile, très-délicate et très-irritante pour les parties que parcourt l'instrument, avec lequel on s'expose d'ailleurs à dilacérer la muqueuse et à faire des fausses routes.

Pour les injections, on se sert d'une petite seringue qui porte le nom d'Anel ; le chirurgien, placé en face du malade, déprime la paupière inférieure avec la main qui correspond à l'œil malade, afin de découvrir l'orifice du point lacrymal qui s'y ouvre; l'autre main présente aussitôt la pointe du petit siphon perpendiculairement à l'orifice du point lacrymal, la fait pénétrer d'environ une ligne; l'instrument est alors porté en dehors, afin de le rendre parallèle au conduit, dans lequel il continue de l'enfoncer; il ne reste plus alors qu'à presser sur le piston d'une manière douce et égale. La sortie du liquide dans la narine annonce que l'opération réussit.

La célébrité de la guérison qu'obtint Anel, et quelques autres qui suivirent, donnèrent de la vogue à son traitement; mais on ne tarda pas à voir qu'il était souvent inefficace, et qu'on ne pouvait pas l'ériger en méthode générale. Employé comme moyen accessoire d'autres plus actifs, il peut offrir des avantages qu'on n'apprécie pas à leur juste valeur : la pratique en est un peu incommode et douloureuse pour les malades dès les premières tentatives, mais ils ne tardent pas à s'y habituer. Les injections sont souvent plus puissantes que le stylet, pour désobstruer le canal, et il convient de les pratiquer, alors même que le cathétérisme n'a pas eu de succès; des agents modificateurs peuvent aussi être portés sur les parties affectées.

Afin de faciliter l'usage des injections, Laforest et Allouel proposèrent, presque à la même époque, de pénétrer par l'orifice inférieur du canal. Laforest se servait de petites sondes pleines, recourbées en arc de cercle, et d'algalies de même forme, ouvertes à leur sommet, pouvant se fixer sur les côtés du nez, au moyen d'un petit anneau latéral. Aux cathéters pleins, Laforest substituait graduellement des algalies creuses, au moyen desquelles il lui était possible de pratiquer des injections émollientes ou détersives.

Les instruments et le procédé de Laforest étaient tombés dans un discrédit mérité, lorsque M. Gensoul s'est, dans ces dernières années, efforcé de les réhabiliter dans la pratique. Il fit couler du métal fusible de Darcet dans le canal nasal, et obtint ainsi un cylindre qui le représentait exactement. Le cathéter est monté sur une tige avec laquelle il forme un angle presque droit. Deux instruments sont nécessaires, un pour chaque côté. La manœuvre opératoire à l'aide de laquelle on les fait pénétrer ne diffère pas sensiblement de celle qu'employait Laforest; elle est plus prompte, plus sûre. Elle se pratique de la manière suivante :

Le chirurgien, placé devant le malade, lui fait relever la tête. Le bec de la sonde est présenté à la narine, la tige tournée verticalement en bas. La main gauche relève le nez pour faciliter la progression de la sonde qui repose sur le plancher des fosses nasales; on l'enfonce

jusqu'à ce que la tige soit arrêtée par la lèvre supérieure; puis la main gauche, quittant le nez, saisit la tige tout près de la narine. Ce point va être le centre du mouvement de circumduction qui doit ramener la plaque du cathéter en haut, et faire glisser son bec sur le plancher des fosses nasales de dedans en dehors, pour l'amener dans le méat inférieur, en contournant le bord libre du cornet. On abaisse ensuite la plaque, en appliquant le coude de l'instrument sur le bord inférieur de la narine. Le crochet se relève alors, et l'on cherche à l'engager dans le canal; on s'assure qu'il y est parvenu par l'impossibilité de le déplacer. L'injection pratiquée, on retire la sonde en lui faisant suivre, en sens inverse, le chemin qu'elle a déjà parcouru.

Lorsque les tumeurs ou fistules lacrymales résistent à l'emploi judicieux et persévérant des antiphlogistiques, des dérivatifs, etc., des méthodes d'Anel, de Laforest, etc., on doit avoir généralement recours aux opérations chirurgicales.

Dilatation du canal nasal.

Méjean, après avoir introduit, de haut en bas, un stylet fin dans toute l'étendue des voies lacrymales, allait le chercher au fond du méat inférieur, le retirait au dehors et entraînait à sa suite un fil de soie. Ce fil servait à faire remonter de bas en haut, dans le canal nasal, une mèche enduite de cérat ou de quelque corps médicamenteux. Cette mèche reçoit un fil à sa partie inférieure, afin de pouvoir la retirer quand on juge à propos de la renouveler.

Cabanis, de Genève, inventa deux petites plaques percées de trous, et glissant l'une sur l'autre, de manière à pouvoir saisir plus facilement le stylet de Méjean dans le méat inférieur. Il substituait aussi à la mèche une algalie creuse et flexible, que le fil entraînait de bas en haut.

J.-L. Petit traitait déjà, depuis longtemps, la fistule lacrymale par sa méthode, lorsqu'il la fit connaître, en 1734, à l'Académie de chirurgie. Elle consistait à agrandir l'ouverture fistuleuse, s'il en

existait, ou bien à fendre le sac lacrymal avec un bistouri qu'il avait inventé; sur chacune de ses faces était creusée une rainure propre à guider, vers l'intérieur du canal, des bougies médicamenteuses que l'on renouvelait tous les jours, en augmentant leur grosseur jusqu'à ce qu'elles eussent produit une dilatation suffisante. Cette manière d'opérer compta bientôt, en France, de nombreux partisans.

Monro proposa presque en même temps un procédé tout à fait analogue : il fait une incision au sac; mais, craignant que la paroi postérieure soit blessée par le bistouri, il introduit au préalable un stylet fin dans le conduit lacrymal inférieur pour soulever la partie antérieure du sac; il prolonge en outre l'incision dans toute la longueur de cette face, sans s'inquiéter du tendon direct qui presque toujours est coupé; enfin, une alène de cordonnier lui sert à forer le canal que J.-L. Petit désobstruait dans le commencement avec une sonde, qu'il laissa ensuite pour son bistouri cannelé. On voit que cette opération est compliquée d'un premier temps très-difficile, douloureux et inutile; que la section du tendon, la grandeur de l'incision, exposent à une cicatrice difforme; qu'elle n'offre, en un mot, que des inconvénients, comparée surtout à celle si simple de son rival.

Pouteau et Le Cat, dans la vue d'éviter l'incision extérieure du grand angle de l'œil, plongeaient le bistouri entre la caroncule lacrymale et le bord palpébral inférieur; ils attaquaient ainsi le sac lacrymal par la face interne de la paupière inférieure. Ce procédé fut bientôt rejeté; il déterminait habituellement l'irritation de la conjonctive par la présence indispensable du fil pour remonter les mèches.

Scarpa, au lieu de bougies, se servait d'une tige de plomb, déliée, longue de 8 à 10 lignes, garnie d'une tête aplatie, destinée à retenir son extrémité supérieure à la plaie du grand angle de l'œil.

Beer accorde une grande efficacité aux cordes à boyaux, portées dans le canal nasal, soit par la fistule, soit par une incision faite au sac lacrymal. Larrey se servait aussi de cordes à boyaux qu'un morceau de taffetas gommé transformait en une sorte de clou.

Desault crut éviter tous les inconvénients signalés jusqu'ici en faisant une incision moins étendue que celle de J.-L. Petit, en désobstruant ensuite le canal avec une sonde qu'il remplace par un stylet. Celui-ci sert d'axe conducteur à une canule d'argent de 12 à 15 lignes de longueur, conique, et portant sur les côtés du pavillon un petit anneau; quand le tube est arrivé à l'orifice inférieur du canal, on en retire le stylet conducteur pour y introduire le fil que le malade chasse en faisant des efforts pour se moucher.

L'obstacle le plus saillant que rencontre le chirurgien dans la pratique du procédé de Desault, consiste à amener à l'orifice externe des fosses nasales le stylet aiguillé ou le fil introduit par l'incision du sac lacrymal. Pamard et Giraud imaginèrent, à cet effet, de faire une sorte d'aiguille avec un ressort de montre; introduite dans la canule, cette tige d'acier est poussée, son extrémité mousse la première, vers les fosses nasales; arrivée au bout de la canule, elle se recourbe en divers sens et offre assez de facilité, dans certains cas, à être saisie et amenée au dehors. Guérin allait chercher le bout inférieur de son stylet aiguillé avec un érigne mousse. M. Fournier de Lempdes place à l'extrémité du fil de Desault un petit grain de plomb, que son poids dirige vers le nez lorsque le malade penche la tête en avant.

Boyer et M. Roux ont une conduite plus simple : ils entassent le fil au fond de la canule avec une tige bifurquée, et font ensuite moucher le malade pour le chasser au dehors; s'ils ne réussissent pas immédiatement, ils attendent qu'il soit entraîné par les mucosités, ce qui arrive du jour au lendemain.

De la dilatation permanente.

Foubert eut le premier l'idée de placer dans le canal nasal une canule métallique pour le dilater et fournir un passage aux larmes. En 1783, Pellier décrivait une canule à deux bourrelets, un supérieur, l'autre un peu au-dessous; la muqueuse devait en se resserrant dans l'intervalle en prévenir la chute. Il se donnait comme l'inventeur du

procédé de Foubert. Lafaye parle de canules d'or, d'argent, de plomb, sans mentionner les auteurs qui les avaient déjà employées.

Dupuytren remit en honneur, en 1812, la canule de Foubert oubliée depuis longtemps; la sienne est plus large en haut qu'en bas; elle présente supérieurement un bourrelet creusé en dedans et destiné à empêcher sa descente; elle est légèrement courbée comme le canal qu'elle doit parcourir; inférieurement elle est coupée en biseau aux dépens de la paroi interne et postérieure, une dépression circulaire correspond dans l'intérieur au bourrelet extérieur, et fournit une prise aux instruments lorsqu'il est nécessaire de la retirer. Sa longueur varie de 22 à 25 millimètres.

La canule de Dupuytren, telle que je viens de la décrire, a subi plusieurs modifications. M. Bourjot la veut plus petite; M. Vésignié lui donne la longueur de l'espace qui sépare l'orifice supérieur du canal nasal de la dépression supérieure de l'aile du nez; M. Velpeau la termine inférieurement par un bord mousse. Celle de M. Brachet présente deux renflements, un à chaque extrémité.

M. Lenoir en emploie une fendue en trois branches inférieurement; lorsqu'on a retiré le mandrin, ces trois valves s'écartent et s'opposent à ce que la canule remonte. On l'a percée de trous sur les côtés, dans lesquels peut s'engager la muqueuse et se fixer par ses prolongements. M. Bérard se sert de canules moulées sur le canal.

Un mandrin en acier formé par deux tiges réunies à angle droit, et dont une extrémité sert de manche, tandis que l'autre doit pénétrer dans la canule et la remplir exactement; un bistouri droit, à lame étroite et très-aiguë, composent tous les autres instruments nécessaires pour pratiquer l'opération de la fistule lacrymale par le procédé de Dupuytren. Cette opération est assez simple; le temps le plus difficile est l'ouverture du sac; une fois que le bistouri a pénétré dans le canal, l'opérateur le prend de la main gauche, retire un peu la lame en haut, presse légèrement en arrière, de manière à faire bâiller des téguments, dans laquelle il introduit le mandrin muni de sa canule et le fait pénétrer ainsi dans le canal nasal à mesure que le bistouri s'en

échappe. Dès que le rebord de la canule a franchi la plaie, on retire le mandrin; on bouche alors le nez du malade et on lui recommande d'aspirer avec force, et si l'air sort par l'angle oculaire, l'opération est bien faite.

Pour ce qui concerne la rapidité du traitement, la canule a certes l'avantage sur les méthodes précédentes. Aussitôt l'introduction faite, le malade est guéri; du jour au lendemain, la plaie se cicatrise. C'est sans doute cette excessive rapidité d'exécution qui séduisait l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et l'aveuglait un peu sur les résultats définitifs. Les malades, étonnés d'être sitôt débarrassés, sortaient ignorant, pour la plupart, qu'ils eussent un corps étranger dans les voies lacrymales. C'était pour Dupuytren autant de guérisons qui donnaient à sa méthode un éclat plus brillant que solide. Bientôt, en effet, on fut à même d'apprécier ce procédé à sa juste valeur, par un grand nombre d'insuccès et de rechutes. M. Darcet rapporte 27 cas où l'extraction de la canule devint indispensable. Elle est tombée plusieurs fois dans les fosses nasales; on rapporte même qu'elle est allée se loger dans la trachée-artère, et qu'il fallut recourir à la trachéotomie, MM. Velpeau, Vidal (de Cassis), l'ont vu traverser la voûte palatine; elle peut s'engager dans le sinus maxillaire. La canule peut s'aplatir, se fausser, se rétrécir à tel point que la moindre quantité de mucus peut la boucher et interrompre le cours des larmes. On a accusé la canule d'avoir déterminé, comme corps étrangers, des accidents inflammatoires redoutables, des érysipèles, des phlegmons, des abcès, l'ulcération du grand angle de l'œil. M. Petri rapporte un cas de tétanos à la suite de l'opération de la fistule lacrymale, par le procédé de Dupuytren.

Tous ces faits ne peuvent pas prouver que la méthode est mauvaise, puisqu'une grande quantité de malades auxquels on a été obligé de retirer la canule ont été guéris, surtout quand elle avait séjourné un certain temps; ils tendent à démontrer qu'on a trop généralisé son application, qu'elle ne convient pas à tous les cas, que bien souvent on l'a posée trop prématurément.

Dans bien des circonstances, on n'aurait pas eu à signaler des insuccès, si on avait procédé avec plus de lenteur et de méthode, si on avait préparé les voies lacrymales à recevoir une canule en trop grande disproportion avec leur calibre, par une dilatation préalable au moyen du séton, des bougies, etc. : c'est ce que fait M. Bérard.

Cautérisation.

Heister paraît s'être servi d'un crayon pour cautériser la muqueuse lacrymale. Sa pratique était passée inaperçue des chirurgiens, lorsque M. Harveng, de Manheim, l'a retirée de l'oubli; guidé par l'analogie qui existe entre le canal nasal et celui de l'urèthre, il a pensé qu'une même thérapeutique leur convenait. Il a proposé, en premier lieu, l'emploi du fer rouge, puis l'introduction, dans le conduit des larmes, d'une bougie recouverte de nitrate d'argent. M. Taillefer a imaginé, dans le même but, un instrument composé d'une canule et d'un porte-caustique, pour pénétrer de haut en bas, comme M. Harveng. M. Gensoul, au contraire, introduit la substance escharotique en pénétrant avec sa sonde par l'orifice inférieur. Enfin, M. Bermond, de Bordeaux, suit un procédé analogue au précédent, mais se sert de mèches imprégnées d'une pâte caustique au lieu de sondes. De quelque manière que le caustique ait été employé, son application doit être suivie d'ingestions propres à entraîner ses débris et à modérer l'inflammation qui en résulte : un corps étranger, placé à demeure jusqu'à cicatrisation complète, empêche l'agglutination des parois opposées.

La cautérisation du canal de l'urèthre n'est pas suivie, d'après l'aveu de M. Lallemand lui-même, d'aussi heureux résultats qu'on l'avait cru d'abord. Doit-on s'attendre à la voir mieux réussir dans le traitement de la fistule lacrymale? nous sommes porté à croire, par analogie, qu'elle est tout aussi incertaine. La plupart des chirurgiens pensent, sans doute, comme nous, puisque, nonobstant les faits annoncés par M. Gensoul, elle n'a pas trouvé de partisans. Les succès de ce praticien s'expliqueraient peut-être par la compression opérée au moyen des

corps introduits après l'application du caustique. Si le nitrate d'argent doit être employé, c'est, à notre avis, non comme escharotique, mais bien comme agent modificateur.

ÉTABLISSEMENT D'UNE VOIE NOUVELLE.

En parlant de la terminaison de la fistule, j'ai indiqué la perforation de l'os unguis, et l'indication qu'y trouvèrent des chirurgiens pour créer des méthodes opératoires particulières. C'est ainsi qu'on a songé à ouvrir une nouvelle voie aux larmes pour remplacer celle qui venait d'être rétrécie, obstruée ou fermée. Cette méthode remonte à la plus haute antiquité, si l'on veut ne tenir compte que de son résultat définitif et faire abstraction du but pour lequel elle était suivie. Ne possédant que des notions forcément erronées sur la nature de la fistule, les anciens ne pouvaient avoir en vue que d'enlever l'os unguis carié, qu'ils regardaient comme cause de la maladie. Aétius, Paul d'Égine, Archigène, perforaient, cautérisaient l'os unguis; mais ce n'était pas pour forcer les larmes et l'humeur morbide à passer dans le nez; ils cherchaient à détruire la cause supposée de la maladie. Il paraît que c'est Woolhouse qui a eu le premier l'idée de donner à l'opération un but plus en rapport avec les connaissances physiologiques que nous possédons. Il faisait une incision en demi-lune qui ouvrait largement le sac lacrymal, enlevait toute la muqueuse du sac et remplissait immédiatement la plaie de charpie, et ne terminait l'opération que deux ou trois jours après, quand il n'était plus gêné par le sang. Alors, avec une tige pointue, il perforait l'os lacrymal de haut en bas et de dehors en dedans. Il passait ensuite une mèche dans cette ouverture; puis, quand les bords étaient devenus calleux, il passait une canule d'or un peu étranglée à sa partie moyenne, et laissait cicatriser la plaie extérieure. Cette canule tombait souvent; mais Woolhouse, qui le savait, pensait que la présence en était devenue inutile.

Saint-Yves, Lacharriène, Dionis, cautérisaient l'unguis. Monro se servait d'un trois-quarts pour la perforation de cet os. Hunter, pour

obtenir une voie plus large et plus à l'abri d'une oblitération plus ou moins tardive, se servait d'un emporte-pièce agissant de dehors en dedans sur les parois osseuses soutenues par une plaque de corne.

M. Wathen a proposé de pratiquer un canal artificiel dans la direction du canal nasal, au moyen d'un foret; une canule serait ensuite mise à demeure pour empêcher la nouvelle voie de s'oblitérer.

M. Laugier a proposé un procédé qui consiste à pénétrer dans le sinus maxillaire, à perforer par conséquent la paroi externe du canal, au lieu de sa paroi interne. Quelques observations de guérisons obtenues par ce procédé, mis involontairement en pratique, l'ont amené à penser que la cavité du maxillaire se débarrasserait facilement des larmes par son orifice.

M. Montain, de Lyon, nous indique que la perforation de l'os unguis peut encore se faire au moyen d'une couronne de trépan ; une fois perforé, l'os est traversé par une corde à boyaux qu'une bandelette agglutinative fixe sur les bords de la plaie extérieure.

Les divers procédés que je viens d'énumérer ont tous l'inconvénient de produire des désordres considérables, d'exposer à des inflammations violentes, sans offrir plus de garanties de succès que la dilatation ; aussi nous pensons qu'on ne doit les considérer en général que comme une dernière ressource pour la guérison d'une affection moins grave, dans beaucoup de cas, qu'un pareil traitement.

OBLITÉRATION DES VOIES NATURELLES.

Ayant observé plusieurs cas d'occlusion des points lacrymaux sans qu'il y eût épiphora, Nanoni proposa, comme méthode générale, la destruction des voies lacrymales. Il est probable que Séverin, Scultet, en employant le fer rouge, ne guérissaient guère la fistule lacrymale qu'en oblitérant le canal nasal. Delpech et M. Caffard, de Narbonne, ont adopté les idées de Nanoni, et viennent de publier, dans ces derniers temps, des cas nombreux de succès complet. L'opération consiste à déposer gros comme une lentille de nitrate d'argent dans le haut

du canal, et à cautériser le sac vers l'embouchure des conduits lacrymaux. Cette cautérisation est répétée trois ou quatre fois en douze jours. Nanoni opérait la destruction du sac avec un composé d'alun ou de précipité; son fils employait quelquefois le cautère actuel. M. Velpeau a suivi deux fois la conduite de Bosche, et a excisé les points lacrymaux sans obtenir l'oblitération des conduits. La méthode de Delpech et de M. Caffard lui a été également infidèle dans trois essais qu'il en a faits. Tant que le sac ne sera pas détruit, la tumeur se reproduira par les sécrétions qu'il fournit, ainsi qu'on peut l'inférer des cas où la tumeur existe avec une occlusion des conduits lacrymaux.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Déterminer par les lois de l'hydrostatique quels sont les points du système artériel qui sont le plus susceptibles d'anévrysme.

Chimie. — Des caractères distinctifs de l'acide urique.

Pharmacie. — Des avantages que le médecin peut retirer des emplâtres ; décrire la préparation de l'emplâtre simple, et donner la théorie de l'opération.

Histoire naturelle. — De la structure de l'écorce des dicotylédones herbacées et dans les végétaux dicotylédonés ligneux.

Anatomie. — Faire connaître les anastomoses des branches fournies par le plexus lombaire ; des rapports du plexus lombaire.

Physiologie. — Quels sont les agents de l'expiration ?

Pathologie externe. — Des fractures du cubitus.

Pathologie interne. — De l'ictère, et de ses rapports avec les diverses maladies du foie et de l'appareil excréteur de la bile.

Pathologie générale. — De l'étiologie des hémorrhagies.

Anatomie pathologique. — De la solution de continuité en général.

Accouchements. — De la procidence des extrémités supérieures du fœtus pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — Des accidents qui peuvent résulter de l'emploi thérapeutique soit interne, soit externe, de préparations de plomb.

Médecine opératoire. — Des cas qui réclament l'opération du trépan.

Médecine légale. — De la diversité des morts dans les maladies.

Hygiène. — De l'humidité atmosphérique dans ses rapports avec la santé.